

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

286

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger CALLAY

Né le 30 Decembre 1911, à REIMS (Marne)

UNE EPIDÉMIE
DE VARIOLE A REIMS
1933-1934

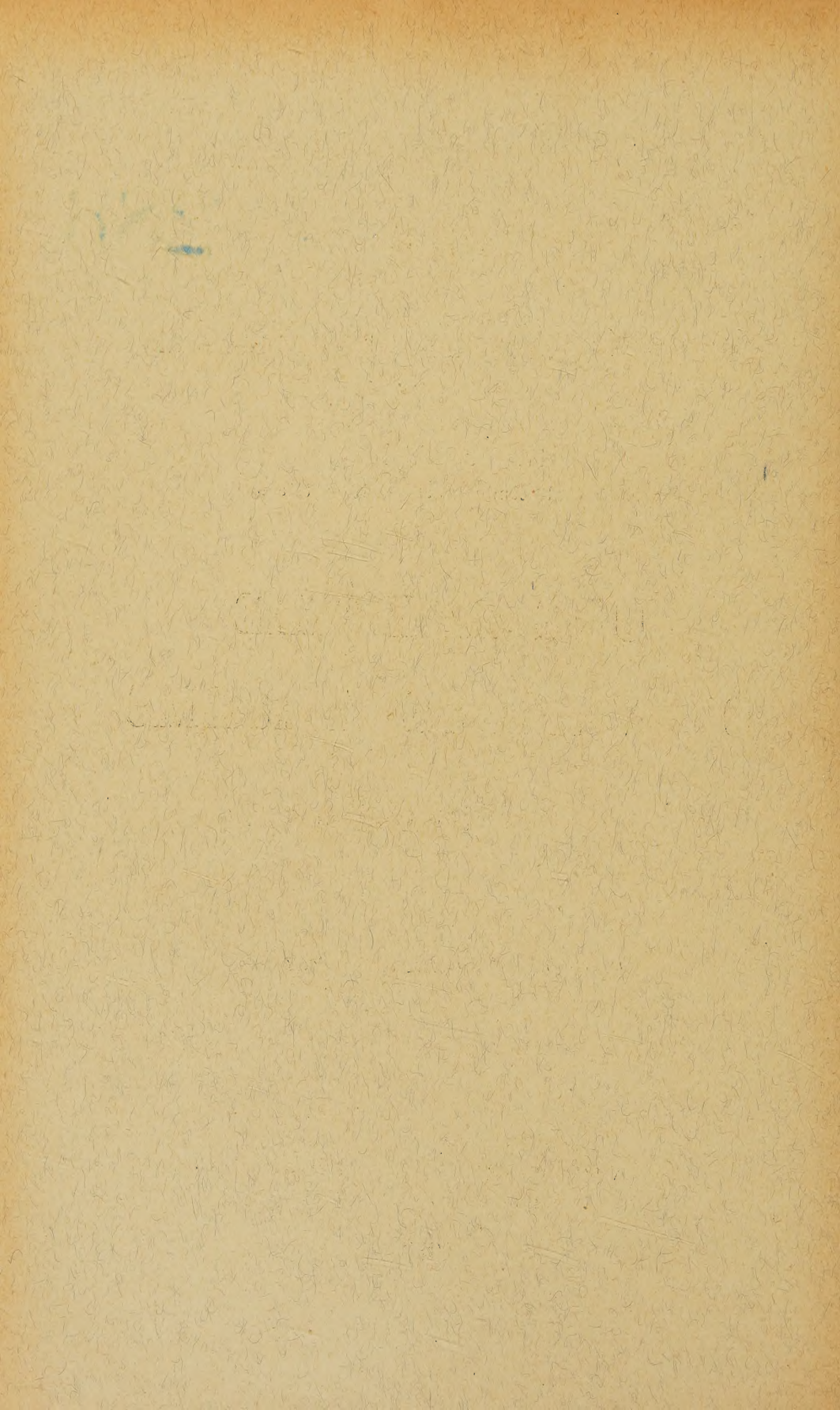
Président : M. DEBRÉ, Professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger CALLAY

Né le 30 Decembre 1911, à REIMS (Marne)

UNE EPIDÉMIE
DE VARIOLE A REIMS

1933-1934

Président : M. DEBRÉ, Professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1935

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFENEAU
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAINEL-
Pathologie expérimentale et comparée.....	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	FIESSINGER.
	Maur. VILLARET
	LOEPER.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MOCQUOT
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	BAGUENAU	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
CATHALA	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique
DOGNON	Physique.	JOANNON	Hygiène.
FEY	Urologie.	LABBE Henri...	Chimie biologique.
GALLIARD	Parasitologie.	LACOMME	Obstétrique.
GASTINEL	Bactériologie.	LANTUEJOL ..	Obstétrique.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale	LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
D'ALLAINES.			

MM.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

4BRAMI
 ALAJOUANINE
 AUBERTIN
 BRULE
 CHABROL
 CHIRAY
 DONZELOT
 DUVOIR
 HARVIER
 LIAN
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur).
 SEZARY
 Clinique médicale.

MM.

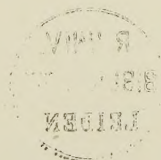
BASSET
 BROCC
 CADENAT
 GATELLIER
 HEITZ-BOYER
 MOURE
 QUENU
 SCHWARTZ
 VELTER
 EGALLE.....
 GUENIOT
 LE LORIER.....
 LEVY-SOLAL ...
 METZGER
 Clinique chirurgicale
 Clinique obstétricale

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Avec toute mon affection et ma
reconnaissance pour tous deux.

A MA GRAND'MÈRE

A MA FIANCÉE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

AU DOCTEUR TECHOUÉYRES

*Directeur de l'Ecole de Médecine de Reims
Directeur des Services d'Hygiène de la Ville*

AU DOCTEUR RAILLIET

*Professeur à l'Ecole de Médecine
Médecin des Hôpitaux de Reims*

A qui je dois le sujet de cette
thèse, en témoignage de ma reconnaissance pour l'aide précieuse et
les conseils qu'ils me prodiguèrent
avec tant de bienveillance.

AU DOCTEUR RENÉ JACQUINET
*Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine
de Reims*

ET A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE REIMS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE PARIS

Hommage reconnaissant.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE DOCTEUR DEBRE

*Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Hérold*

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien croire à ma profonde reconnaissance.

UNE ÉPIDÉMIE DE VARIOLE A REIMS

1933-1934

INTRODUCTION

Il est des maladies qui vaincues par les progrès scientifiques ont disparu du premier plan de l'actualité pathologique mais qui, par des retours subits et inattendus, viennent montrer au médecin qu'elles se terrent toujours en quelque endroit et qu'au moindre défaut de la vigilance elles sont prêtes à ramener tout le triste cortège de leurs méfaits.

N'en est-il pas ainsi de la variole ?

De temps à autre n'apprend-on pas qu'une poussée de cette maladie vient de se manifester dans telle ou telle région. Variole atténuée dans l'ensemble, certes, mais qui, évoluant sur un terrain non immunisé et souvent affaibli peut retrouver sa virulence d'antan !

Une de ces épidémies s'est soudainement déclarée à Reims à la fin de l'année 1933.

Tous les cas se sont présentés, en quelques mois, et sont groupés dans un espace relativement restreint : le bureau d'hygiène de la ville a pu ainsi recueillir des renseignements précis intéressant l'épidémiologie. De plus des contagions à l'intérieur du service de l'isolement de l'Hôpital, avant même que l'on puisse pratiquer une vaccination préventive sur les autres malades, ont permis de suivre pas à pas l'évolution de quelques cas et ont montré la portée de la méthode Jennerienne.

EPIDEMIOLOGIE

Il fallut l'entrée à l'Hôpital, le 12 janvier 1934, de deux malades dont l'un, très gravement atteint, pour attirer l'attention sur une épidémie possible au sein de la population rémoise.

C'est ainsi que d'échelon en échelon on peut retrouver le premier cas connu: Mme Boz..., 38 ans, habitant dans le quartier Cérès. C'est une femme, vaccinée dans l'enfance, d'origine italienne, et dont l'affection évolua du 20 octobre 1933 jusqu'à la mi-novembre. D'après les souvenirs du médecin traitant, la maladie aurait évolué sous l'aspect varioloïde (Cas I).

A la même usine que cette femme travaillait Mme N..., française, âgée de 45 ans, vaccinée dans l'enfance et revaccinée à 10 ans, qui présenta fin octobre une varioloïde bénigne (Cas II).

Son mari fut à son tour très légèrement atteint.

Mme Boz... (Cas I) fut soignée par une amie et compatriote: Mme Bar...; cette dernière poussa son zèle de garde-malade jusqu'à accepter de partager le lit de sa patiente. Aussi le résultat de cette imprudence ne se fit-il pas attendre et Mme Bar... dès le 20 novembre présentait à son tour les symptômes de la maladie. Cette personne n'ayant été vaccinée que dans sa toute première enfance fut assez sérieusement touchée, mais la guérison fut obtenue (Cas III).

Cette malade probablement insuffisamment prévenue par son expérience personnelle se laissa soigner

par la femme d'un de ses compatriotes: Mme Ton..., qui à son tour ne devait pas trouver grâce devant le mal. Par elle toute sa famille allait en subir les terribles conséquences. Mme Ton..., d'origine suisse, vaccinée prétend-elle dans l'enfance fut gravement malade du 10 au 30 décembre. 1933 (Cas IV, Obs. I).

Ce jour même son mari était atteint à son tour. Italien il n'aurait jamais reçu la vaccination dans son pays natal et à la frontière il aurait échappé à cette obligation. Il présenta une forme très grave, avec confluence des éléments éruptifs, hémorragies, délire, signes généraux marqués, qui se termina par la mort, le 16 janvier 1934. Il avait été envoyé à l'hôpital le 13 janvier (Cas V, Obs. II).

Son fils : Georges, 13 ans, vacciné dans l'enfance, fut atteint plus légèrement, il avait précédé de quelques jours son père à l'hôpital; ce fut la première variole qui y fut admise (5 janvier 1934) (Cas VI, Obs. III).

Une fille du ménage Ton..., Esther, âgée de 5 ans, qui n'aurait jamais été vaccinée, fit une forme assez intense (Cas VII) (10 janvier 1934).

Il faut noter que dans cette famille une autre fille: Albine, âgée de 15 ans, vaccinée en 1932, et un neveu âgé de 7 ans, vivant constamment dans l'entourage de son oncle et vacciné à 3 ans, ont échappé complètement à l'épidémie.

Par contre, une voisine, Mme Lar... (Cas VIII), 60 ans, à qui l'on avait fait de l'état de M. Ton... une description propre à piquer sa curiosité et qui se rendit chez ce dernier, présenta vers le 20 janvier une éruption pustuleuse à forme varioloïde qui se termina par sa guérison.

Là ne devait pas s'arrêter la contagion: ce foyer devait projeter des étincelles à l'entour.

Le 24 janvier 1935 on signalait, en effet, un nou-

Cas II. Madame N... ↓ mari	Cas III. Madame Bar... ↓ Cas IV. Madame Ton...	Cas V. Monsieur Ton... père. ↓	Cas VI. Ton... Georges. ↓	Cas VII. Ton... Esther.
Cas VIII. Madame Lar... Sœur porteur de germes. ↓	Cas IX. Sol... ↓	Cas X. Madame Bru... ↓	Désinfecteur porteur de germes. ↓	Contagion hospitalière. ↓
Cas XII. Monsieur Van... ↓	Dans le service : Cas XIII. M... Antoinette. Cas XIV. Bar... Robert. Cas XV. El... Emile. Cas XVI. M... Christiane. Cas XVII. B... Robert. Cas XVIII. H... Simone.		Dans le personnel hospitalier : Cas XIX. C... Eugène. Cas XX. Ber... Cas XXI. Lah... Victoire.	
			Dans les autres services : Monsieur Foc..., porteur de germes. Cas X. Madame Foc...	

veau cas dans un autre quartier. La malade, la petite Sole..., 12 ans (Cas IX), fréquentait un patronage surveillé par des sœurs, or *une* de celles-ci avait donné ses soins à la famille Ton... Probablement faut-il souligner ici l'importance de ce nouveau facteur: l'intermédiaire sain mais porteur de germes. L'évolution très grave au début avec signes méningés intenses, température à 41° et délire, prit une tournure plus bénigne par la suite (Obs. IV).

Une autre malade: Mme Bru..., fut également contaminée par un porteur de germes. En effet, son mari, chef de poste de la désinfection de la ville de Reims, luttant contre le virus s'en fit lui-même le propagateur (ironie des choses, malice d'un ennemi qui se sentant perdu veut masquer sa défaite!).

Mme Bru... (Cas X, Obs. XI) qui n'avait pas été vaccinée depuis fort longtemps, présenta une forme de varioloïde d'évolution assez bénigne. A noter que sa fille, vaccinée récemment et âgée de 13 ans, en fut complètement exempte.

Une autre malade traitée en ville, Mme Foc..., âgée de 35 ans, se rattache moins directement au groupe précédent. Elle habite une cité ouvrière (Charles Arnould) à grande distance du champ habituel de la maladie. Elle fut atteinte alors que l'épidémie touchait à sa fin, vers la mi-février. Son mari venait de quitter l'hôpital; peut-être faut-il voir en lui l'intermédiaire porteur de germes? Ce cas se rattacherait ainsi aux contagions hospitalières que nous étudierons ensuite. Cette femme, terrible danger au sein d'une agglomération de ménages ouvriers, familles nombreuses pour la plupart, ne contamina pas son entourage grâce aux mesures très rigoureuses qui purent être prises dès ce moment (Cas XI).

Enfin un certain M. Van..., qui présenta une forme tout à fait fruste ne se rattache que par son lieu d'habitation au gros de l'épidémie (Cas XII).

JARDIN

El... Emile . 24.12 $\rightarrow$ 14.2. V=24.1
B... Robert 26.12 $\rightarrow$ 12.3. V=23.1
H... Simone 25.3 $\rightarrow$ 11.4 (II)

T...Georges 5.1→23.1
Sol...! 23.1→15.3

REZ-DE-CHAUSSEE

471	469	467	465	463	461	II →	459	457	455	453	451	I →	M... Christine 28.1 → 17.2 V = 15.2
470	468	466	464	462	460		458	456	454	452	IV →		M... Ant. 3.1 → 7.3 V = 23.1

Bos...Robert
13.2 → 6.3
V = 27.2

Ton... Père
du 13.1 → 16.1

M' Ant. 3.1 → 7.3
V = 23.1

JARDIN

1^{ER} ÉTAGE

H... Simone 13.2 $\rightarrow$ 25.3. $V=24.2$

[illegible]

M. Van...

Ce furent les seuls cas suivis en ville. Mais M. Ton... et son fils, l'enfant Sol..., M. Van..., furent hospitalisés alors que le mal était à peine dépisté, aussi, avant la mise en œuvre de moyens efficaces de prophylaxie de nouveaux cas, indéniablement d'origine locale, furent-ils constatés dans le service de l'Isolement.

Pour juger à sa juste mesure toute l'intensité de la contagiosité de la maladie il faut connaître les conditions dans lesquelles elle eut à se manifester.

L'Hôpital, nouvellement construit ne fut occupé qu'au mois de novembre 1933. Le pavillon d'isolement est entièrement séparé de l'ensemble des bâtiments, il est divisé en petites chambres, prenant accès sur un couloir commun, et situées à deux étages. Elles sont à un lit pour la plupart; quelques-unes, cependant, employées pour les convalescents d'une même maladie, peuvent recevoir deux malades (voir plan II).

A cette disposition favorable des locaux, s'ajoutaient d'autres mesures: une partie du personnel médical et infirmier de l'Isolement pouvait seule pénétrer près des contagieux. Et encore ne s'approchait-on de chaque malade que recouvert d'une blouse spéciale à chaque chambre. Naturellement, on pratiquait un lavage soigné et antiseptique des mains, après examen. Tout était organisé pour une désinfection très minutieuse et effectuée séparément du linge, de la vaisselle et des chambres.

Ces moyens généraux préventifs paraissant suffisants ont fait négliger, au début, l'emploi systématique de la vaccination qui, par la suite, dut être appliquée méthodiquement à chaque malade arrivant dans le service.

Première alerte! La petite M... Antoinette, âgée de 15 mois (chambre 459) hospitalisée dans le service

pour coqueluche avec bronchite, depuis le début de janvier, ébauche le 23 de ce mois une poussée thermique qui va s'accroître et atteindre le 25 au matin, 40°5. C'est alors qu'apparaît une éruption atypique qui évoluera ensuite sous la forme varioloïde (Cas XIII, Obs. V). Comment fut-elle contaminée? Probablement par Georges Ton... (Cas VI) qui occupait depuis une vingtaine de jours la chambre n° 459 située en face de la sienne.

Le 23 janvier également, un enfant Bar... Robert, 6 ans (chambre n° 461) faisait une élévation de température suivie de défervescence dès l'apparition de l'éruption le 26 (Cas XIV, Obs. VIII).

Le lendemain son compagnon de convalescence E... Emile, qui occupait le même local, présentait des symptômes identiques (Cas XV, Obs. VI).

Or M. Ton... (Cas V) avait été hospitalisé du 13 au 16 janvier dans la chambre n° 468 qui leur faisait presque vis-à-vis. Probablement fut-il la cause de ces contagions.

Le 16 février, une autre enfant : M... Christiane, âgée de 3 mois, qui n'avait jamais été vaccinée présentait à son tour une courbe de température qui faisait craindre une évolution semblable (Cas XVI, Obs. IX). Ces craintes furent justifiées par l'apparition le 19 février d'éléments éruptifs. Cette enfant à la période terminale d'une coqueluche se trouvait à ce moment dans une grande pièce, appelée salle de jour et située à l'extrémité d'un des couloirs. Or, les deux chambres les plus rapprochées de cette salle et situées vis-à-vis l'une de l'autre étaient depuis quelque temps occupées par des cas de varioles : la première : chambre n° 459 par la petite Sol... (Cas IX) ; la seconde : chambre n° 458, M... Antoinette (Cas XIII). Il fallait ainsi pour parvenir jusqu'à notre petite malade traverser un véritable défilé d'infection.

Ce furent les seuls cas suivis en ville. Mais M. Ton... et son fils, l'enfant Sol..., M. Van..., furent hospitalisés alors que le mal était à peine dépisté, aussi, avant la mise en œuvre de moyens efficaces de prophylaxie de nouveaux cas, indéniablement d'origine locale, furent-ils constatés dans le service de l'isolement.

Pour juger à sa juste mesure toute l'intensité de la contagiosité de la maladie il faut connaître les conditions dans lesquelles elle eut à se manifester.

L'Hôpital, nouvellement construit ne fut occupé qu'au mois de novembre 1933. Le pavillon d'isolement est entièrement séparé de l'ensemble des bâtiments, il est divisé en petites chambres, prenant accès sur un couloir commun, et situées à deux étages. Elles sont à un lit pour la plupart; quelques-unes, cependant, employées pour les convalescents d'une même maladie, peuvent recevoir deux malades (voir plan II).

A cette disposition favorable des locaux, s'ajoutaient d'autres mesures: une partie du personnel médical et infirmier de l'Isolement pouvait seule pénétrer près des contagieux. Et encore ne s'approchait-on de chaque malade que recouvert d'une blouse spéciale à chaque chambre. Naturellement, on pratiquait un lavage soigné et antiseptique des mains, après examen. Tout était organisé pour une désinfection très minutieuse et effectuée séparément du linge, de la vaisselle et des chambres.

Ces moyens généraux préventifs paraissant suffisants ont fait négliger, au début, l'emploi systématique de la vaccination qui, par la suite, dut être appliquée méthodiquement à chaque malade arrivant dans le service.

Première alerte! La petite M... Antoinette, âgée de 15 mois (chambre 459) hospitalisée dans le service

pour coqueluche avec bronchite, depuis le début de janvier, ébauche le 23 de ce mois une poussée thermique qui va s'accroître et atteindre le 25 au matin, 40°5. C'est alors qu'apparaît une éruption atypique qui évoluera ensuite sous la forme varioloïde (Cas XIII, Obs. V). Comment fut-elle contaminée? Probablement par Georges Ton... (Cas VI) qui occupait depuis une vingtaine de jours la chambre n° 459 située en face de la sienne.

Le 23 janvier également, un enfant Bar... Robert, 6 ans (chambre n° 461) faisait une élévation de température suivie de défervescence dès l'apparition de l'éruption le 26 (Cas XIV, Obs. VIII).

Le lendemain son compagnon de convalescence E... Emile, qui occupait le même local, présentait des symptômes identiques (Cas XV, Obs. VI).

Or M. Ton... (Cas V) avait été hospitalisé du 13 au 16 janvier dans la chambre n° 468 qui leur faisait presque vis-à-vis. Probablement fut-il la cause de ces contagions.

Le 16 février, une autre enfant : M... Christiane, âgée de 3 mois, qui n'avait jamais été vaccinée présentait à son tour une courbe de température qui faisait craindre une évolution semblable (Cas XVI, Obs. IX). Ces craintes furent justifiées par l'apparition le 19 février d'éléments éruptifs. Cette enfant à la période terminale d'une coqueluche se trouvait à ce moment dans une grande pièce, appelée salle de jour et située à l'extrémité d'un des couloirs. Or, les deux chambres les plus rapprochées de cette salle et situées vis-à-vis l'une de l'autre étaient depuis quelque temps occupées par des cas de varioles : la première : chambre n° 459 par la petite Sol... (Cas IX) ; la seconde : chambre n° 458, M... Antoinette (Cas XIII). Il fallait ainsi pour parvenir jusqu'à notre petite malade traverser un véritable défilé d'infection.

ETUDE CLINIQUE

Nous allons étudier maintenant l'allure clinique générale de l'infection que l'on peut dégager de l'ensemble des observations recueillies à l'Isolement de l'Hôpital de Reims dans le service du Docteur RAILLIET.

La durée de l'incubation peut être fixée à une douzaine de jours. En effet, la petite H... Simone (Cas XVIII, Obs. XII) entrée à l'Hôpital le 13 février et arrivant d'un milieu sain (elle venait de l'Hospice général où aucun cas d'éruptions analogues ne fut signalé) présente ses premiers symptômes dès le 24 février 1934.

Cette notion est encore confirmée par le cas de M. C... Eugène qui, appelé à l'Isolement par son travail n'y séjourna qu'une dizaine de jours avant sa maladie.

A ce moment du reste rien ne permet de dépister l'évolution du mal.

La période d'invasion, au contraire, avec ses signes généraux plus intenses obligeait le malade à s'aliter. Mais il n'en était pas plus inquiet pour autant: l'hiver n'est-il pas la période grippale par excellence ? Qui peut se flatter d'en esquiver les conséquences ? Et, en effet, frissons, céphalée, courbatures, sueurs, tout concourait à égarer le médecin vers ce diagnostic.

Cependant, la courbe de température prenait un aspect très particulier. Elle s'est du reste reproduite

avec une curieuse exactitude chez tous les malades observés, permettant même de dépister par avance toute nouvelle évolution varioleuse : elle atteignait son maximum 40-41° en deux jours avec une étape à 39-40° le premier soir, puis elle redescendait progressivement à la normale en 48 heures.

A cet aspect évolutif général, il convient d'ajouter quelques manifestations individuelles plus spéciales. C'est ainsi que la petite Sol... eut un début beaucoup plus bruyant : les signes méningés étaient intenses et s'accompagnaient de rachialgie, céphalée atroce, délire et agitation. L'enfant, M... Christiane, présentait une grande dyspnée. Jamais il n'y eut de rash.

Cette période durait de deux à cinq jours. L'invasion la plus courte s'est rencontrée chez les malades les plus jeunes (M... Christiane, M... Antoinette). L'éruption commençait alors dès le début de la défervescence. Chez les plus âgées, au contraire, l'éruption n'apparaissait que deux ou trois jours après la chute complète de la température.

Ainsi le plus souvent le malade persuadé d'avoir acquitté tout son dû à cette « grippe » était désagréablement surpris par l'apparition de maculo-papules témoins de la présence d'un mal plus persistant. Petites, d'une teinte rubis puis « fleur de pêcher », les macules pâlissaient en se surélevant. Dans certains cas, les papules étaient tronquées, planes à leur sommet, cuivrées, légèrement brillantes et se groupaient en placards licheniformes.

Ce stade éruptif était très éphémère et dans certaines conditions, s'il se produisait la nuit, par exemple, il passait inaperçu. D'emblée le médecin se trouvait alors en présence de vésicules dont le liquide au cours de leur évolution devenait de plus en plus purulent.

Bientôt, la pustule ainsi formée s'ombiliquait et

était alors caractéristique: jaunâtre, assez ferme au toucher, en « perle de verre », régulièrement arrondie, de taille variant d'un grain de mil à une lentille, elle reposait sur une base rouge œdématisée. Ces pustules très rapprochées les unes des autres et même confluentes pouvaient confondre leurs assises qui formaient ainsi de larges placards érysipélatoïdes : cet aspect était assez fréquent à la face. Bien souvent la peau saine, ischémisée en cet endroit, entourait les éléments isolés d'un cercle plus pâle : pustule centrale, base érythémateuse, halo périphérique figuraient alors une cocarde. Cette éruption commençait au front et à la face puis s'étendait aux membres supérieurs, au tronc, et enfin aux membres inférieurs. Elle respectait presque complètement l'abdomen et la racine des cuisses. Chez tous les malades les éléments éruptifs évoluaient en sept jours jusqu'au début de la dessiccation. Comme ils n'apparaissaient pas tous exactement en même temps les pustules pouvaient persister durant dix à quatorze jours après le début de l'éruption.

Chez l'enfant Hus... Simone (Cas XVIII) on découvrait sur la muqueuse buccale la présence de quelques vésicules reposant sur un fond rouge et qui s'ulcérèrent par la suite; cet exanthème se révéla par une dysphagie assez intense qui dura 48 heures environ. Durant cette période d'éruption les signes généraux étaient insignifiants, la température se maintenait aux environs de 37° avec une curieuse stabilité. Cette règle, cependant, fut mise en défaut par le cas de M. Ton... (Cas V), où la courbe fébrile est restée en plateau entre 39° et 40°. Elle marchait de pair, du reste, avec des troubles graves : hémorragies, délire, incontinence d'urines et de matières, etc...

Arrivés à leur période terminale, les pustules ne s'ouvraient pas, elles se desséchaient en formant de

larges croûtes gris noirâtres. Celles-ci, en tombant, laissent place à des macules de « terminaison » recouvertes d'une collerette squameuse qui disparaîtra à son tour. Le rôle de ces croûtes et de ces squames, extrêmement légers, fut certainement important dans la dissémination du germe.

Au bout de quelques mois seules persisteront des cicatrices gaufrées et légèrement pigmentées qui s'atténueront, d'ailleurs, progressivement : les malades revus un an après l'épidémie ne présentent plus que deux ou trois cicatrices. La période de dessiccation et de décrustation, assez variable, durait environ trois semaines.

Cette étude clinique, volontairement brève, puisqu'aucun cas ne s'est sensiblement écarté des descriptions classiques, permet de souligner l'allure assez bénigne de l'épidémie et le caractère évolutif particulier des éléments éruptifs qui, arrivés au stade pustule, se dessèchent sans se rompre : c'est à ces formes que l'on a réservé le nom de « varioloïde ».

COMPLICATIONS

La plupart des cas observés évoluèrent sans aucune complication, cependant M. Ton... (Cas V) fit une forme hémorragique : épistaxis, gingivorragie, ecchymoses se succédèrent durant les débuts de l'éruption ; par la suite des pustules situées principalement aux membres inférieurs se remplirent de sang. Une escharre fessière, consécutive peut-être à l'incontinence d'urine qui existait alors, ne tarda pas à se constituer. De plus, le malade présentait au moment de sa mort une amaurose totale.

L'enfant M... Christiane (Cas XVI), tout à la fin de sa maladie, était recouverte d'abcès et de lésions impétigineuses qui avaient pris naissance au niveau des croûtes de variole.

DIAGNOSTIC

Variole ? soit, mais pourquoi pas varicelle tout simplement ?

Les arguments cliniques, s'ils sont sujets à caution, pris séparément, se groupent de telle façon qu'ils permettent de trancher la question.

Tout d'abord, le tour assez sérieux prit par l'épiderme est-il fréquent au cours de la varicelle ? Passe encore qu'une forme grave se déclare de ci, de là ; mais que tous les cas soient aussi intenses, voilà qui devient plus troublant. La virulence du germe ne suffit pas à expliquer cette unité clinique ; seule la personnalité différente de l'agent infectieux (si l'on s'en tient toutefois à la dualité varicelle-variole) peut en donner la raison.

Et la mort de M. Ton... n'a-t-elle pas prouvé que cette épidémie était capable de faire des ravages plus facilement imputables à la variole qu'à la varicelle. Evolution plus grave donc, mais aussi longue puisqu'elle durait au moins trois semaines alors que la varicelle ne se prolonge guère au delà d'une dizaine de jours.

Mais reprenons en détail les faits révélés par l'étude clinique.

Nous avons constaté une incubation d'une douzaine de jours plus courte, par conséquent, que dans la varicelle et égale, par contre, à celle ordinairement constatée dans les cas de variole.

Nous avons déjà vu l'intensité de la période d'in-

vasion qui, dans la plupart des cas, se prolongeait trois et quatre jours. A peine suffit-il de souligner combien est rare dans la varicelle une température dépassant 40° chez les enfants, comme nous l'avons noté chez tous nos petits malades.

Les caractères de l'éruption viennent étayer ces premières constatations. Les éléments pustuleux comportent bien tous les attributs sur lesquels on a insisté dans la différenciation entre variole et varicelle.

Elle évolue dans un ordre bien déterminé en une seule poussée : tête, membres supérieurs, tronc, membres inférieurs, voilà ses étapes.

Elle respecte l'abdomen.

Enfin la durée d'évolution de chaque élément jusqu'au début de la dessiccation de trois à quatre jours dans la varicelle était de sept dans les observations recueillies.

Les cicatrices, sans être indélébiles, ne sont cependant pas aussi passagères que dans la varicelle : elles persistent quelques mois.

Ces faits sont complétés par l'étude des rapports réciproques de la variole et de la vaccination. Celle-ci, qui est sans action sur la varicelle, fut d'une puissance merveilleuse, comme nous le verrons, sur l'épidémie, dont elle vint à bout. D'autre part, chaque fois qu'elle fut pratiquée sur des sujets convalescents de variole, jamais vaccinés ou non vaccinés depuis fort longtemps, elle fut négative. Or, des observations nombreuses ont montré, par ailleurs, qu'une atteinte antérieure de varicelle n'empêchait nullement l'évolution normale de la vaccine. Pourquoi faudrait-il voir là une immunité naturelle ou exceptionnellement prolongée ? Seule la variole peut expliquer cette constatation.

Ces faits n'ont pu être complétés par les méthodes de laboratoire. Sans parler de l'examen de sang dont

la formule est analogue dans la variole et dans la varicelle, les résultats de l'inoculation à la cornée du lapin sont d'une interprétation délicate et la déviation du complément n'a pu être pratiquée.

Si la varicelle est le diagnostic le plus délicat, la variole n'en est pas moins à différencier de bien d'autres affections. Elles sont si nombreuses et si diverses que seules celles qui ont dû être envisagées au cours de l'épidémie de Reims sont énumérées ici.

En l'absence d'antécédents épidémiologiques chez de jeunes enfants (M... Antoinette : Cas XIII), il faut éliminer le prurigo simplex, aigu ou strophulus : l'éruption est en effet d'abord maculeuse, puis papuleuse ; elle se matine même parfois de quelques vésicules. Elle peut s'accompagner de malaise général avec poussée fébrile. Il est inutile cependant d'insister sur les caractères nombreux du strophulus qui le distinguent de la variole : ils sont bien connus.

La maculo-papule du début est urticarienne avec prurit marqué.

La lésion élémentaire type est une papule et non une pustule.

L'éruption qui évolue par poussées successives persiste au delà de trois semaines et peut récidiver.

Les signes généraux qui la précèdent ou l'accompagnent sont presque nuls ; le plus souvent ils n'existent même pas.

Il n'en reste pas moins vrai que chez l'enfant M... Antoinette, seule l'évolution de la maladie et la connaissance des autres cas purent trancher le débat.

Comment chez cette même malade, en présence des petites papules planes, polygonales, brillantes, rose jaunâtres, presque confluentes qu'elle présentait au début de son éruption, ne pas penser au lichen ? Certains auteurs décrivent même un lichen aigu qui peut

s'accompagner de signes généraux et exceptionnellement d'une éruption bulleuse : la connaissance de ces faits ne facilite pas la tâche du clinicien. Là encore la notion de l'épidémie et l'évolution permettent de venir à bout des difficultés.

VACCINATION ET VARIOLE

Les rapports entre la vaccination et la variole au cours de l'épidémie méritent de retenir quelques instants notre attention. Il est certain que les anciens vaccinés présentaient un terrain moins favorable à l'évolution du virus que ceux qui avaient échappé auparavant à cette mesure et cela d'autant plus, que la date de leur dernière vaccination était plus rapprochée.

La famille Ton... en fut une magnifique illustration : M. Ton... et sa fille Esther, non vaccinés, firent tous deux une forme très grave se terminant chez le père par la mort. Mme Ton... et un de ses enfants, Georges, 16 ans, vaccinés dans l'enfance, furent moins atteints : comme le laps de temps écoulé depuis la dernière vaccination était plus court chez le fils, l'évolution de sa maladie fut plus bénigne. L'autre fille, Albine, et un neveu revaccinés tout récemment, ont échappé à l'infection pourtant intense du milieu où ils se trouvaient.

Cet exemple, qui prend une valeur particulière du fait de son développement au sein d'une même famille, se trouve confirmé par tous les autres cas étudiés ; on arrive toujours aux mêmes déductions :

- pas de vaccination : évolution varioleuse ;
- vaccination antérieure très éloignée : varioloïde ;
- vaccination antérieure plus rapprochée : forme bénigne ;
- vaccination toute récente (maximum 4 ou 5 ans) : pas de contagion.

Mais la vaccination eut un rôle prophylactique énorme au cours même de l'épidémie. Alors que le virus très contagieux ne demandait qu'à étendre son champ d'action, on put le voir rapidement régresser sous l'effet du vaccin. Cette démonstration fut faite à une grande échelle sur la population rémoise et en expérience plus restreinte à l'isolement de l'hôpital.

En ville, le public averti par les services d'hygiène dirigés par le Docteur Téhoueyres, par peur et partant par sagesse (les nouvelles colportées multipliaient à l'envi les cas de décès) se soumit à une mesure qu'il cherche à éviter d'ordinaire pour de futiles raisons. A eux seuls les services municipaux ont assuré 12.000 vaccinations et il est certain que les médecins et leurs auxiliaires ont porté à plus de 50.000 personnes le nombre des vaccinés.

Dans le service de l'Isolement ce fut également cette méthode appliquée à tous les malades avec rigueur qui mit fin à l'épidémie.

Intéressante à noter est l'évolution contemporaine de la vaccine et de la variole chez Hus... Simone (Cas XVIII). Elle fut vaccinée le 20 février 1934 et dès le 24 elle ébauche son ascension thermique qui atteint 40°7 le 26 au soir. Le lendemain apparaissent à la face et aux membres supérieurs quelques petites maculo-papules d'origine varioleuse à coup sûr et au niveau des vaccins trois autres surmontées de vésicules. Les deux éruptions, coïncidence presque expérimentale, apparaissent donc le même jour. La vaccine n'a pu empêcher la variole de se manifester puisque l'immunité n'apparaît guère qu'au bout d'une dizaine de jours. La variole, de son côté, n'était pas suffisamment évoluée pour empêcher le développement de la vaccine. Aussi ces deux affections parallèles semblent-elles avoir très peu modifié l'allure clinique de leur antagoniste.

PROPHYLAXIE ET THERAPEUTIQUE

La vaccination tient de loin la première place dans la lutte contre l'épidémie : il est utile de la pratiquer dans tous les cas douteux. Au moins 70 % des sujets revaccinés à l'isolement, dont la plupart étaient des enfants qui avaient été vaccinés à la naissance, se montrèrent réceptifs. Il y a donc grand intérêt à conférer plus souvent une nouvelle immunité.

Cependant, d'autres mesures furent prises qui aidèrent, en partie, à circonscrire le mal : blouses particulières à chaque chambre, lavages soignés des moins et rinçage dans une solution antiseptique. Désinfection séparée du linge et de la vaisselle, désinfection des chambres, éviction des enfants malades et de leurs frères et sœurs hors des écoles.

Comme thérapeutique, en dehors des remèdes généraux propres à chaque cas, seul le xylol, dont on connaît l'action favorable sur l'évolution des cicatrices, fut employé.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1

Mme Ton..., 40 ans.

Début brusque le 10 décembre 1933, avec température à 40°, courbature, rachialgie, angine.

Le 12 décembre : La malade est vue pour la première fois par le médecin traitant qui constate les signes suivants : température 40°, dyspnée, angine pultacée, râles sibilants, crainte de la mort obsédante.

Le 14 décembre : Température 40°, apparition de quelques papules sur la face.

Le 15 décembre : Les papules sont plus nombreuses à la face et elles s'étendent au dos et aux membres supérieurs.

Les jours suivants : Extension des papules à tout le corps et transformation de celles-ci en vésicules et en pustules. Etat général très grave avec dysphagie, salivation, enrouement. La variole devint bientôt confluyente, le 21 début de dessiccation, les premières croûtes tombent à partir de la fin du mois. Evolution normale de la convalescence.

OBSERVATION 2

M. Ton..., 45 ans.

D'origine italienne, jamais vacciné, il s'alite le 30 décembre pour température à 40°8, rachialgie, courbature.

Le 1^{er} janvier : Nombreuses papules sur tout le corps.

Le 2 janvier : Transformation en pustules, délire.

Le 10 janvier : Hémorragies nasales, buccales, ecchymoses.

Le 13 janvier : Le malade entre à l'hôpital. On note : exanthème : éruption généralisée de pustules presque confluentes et déjà desséchées par places.

A la face : nombreux éléments croûteux.

Sur le tronc et les membres : pustules nombreuses, rares cependant au niveau de l'abdomen.

Exanthème : vésicules au niveau du voile du palais.

Etat général très grave avec délire, convulsions, trismus, température 39°5.

Le 15 janvier : Aux pieds les pustules se remplissent de sang, les croûtes commencent à tomber, escharre fessière. le délire a disparu.

Le 16 janvier : Les pustules des pieds s'ulcèrent, état général très grave, incontinence d'urines et des matières, température 38°5, le malade meurt dans le coma dans le courant de l'après-midi.

OBSERVATION 3

Ton... Georges, 13 ans.

Début le 5 janvier par des malaises généraux. Le 8, après un stade papuleux très court, vésicules puis pustules. Le 15 : dessiccation puis évolution normale.

OBSERVATION 4

Sole... Jeanne, 12 ans.

Antécédents : Père blessé au poumon pendant la guerre et sujet à bronchites à répétition. Mère : suspecte de tuberculose pulmonaire. L'enfant elle-même a été en préventorium pendant 8 mois ; présente actuellement un mauvais état général.

Entrée le 23 janvier « pour signes méningés » in-

tenses : céphalée atroce avec cris, raideur de la nuque, ébauche de Kernig ; la ponction lombaire pratiquée laisse écouler un liquide clair, légèrement hypertendu. La bactériologie, la cytologie et la recherche de l'albumine se révéleront normales, seul le sucre sera en excès. Température : 41°. Pouls 140. Vomissements.

Le 24 janvier : Amélioration de l'état général, chute de la température à 39°.

Le 25 janvier : Température à 38°.

Le 26 janvier : Apparition de l'éruption : papules débutant au front puis se propageant à la face, aux membres supérieurs puis inférieurs. Signes généraux : nuls. Température : 37°.

Le 27 janvier : Eruption vésiculeuse étendue à tout le corps. A la face où elles sont plus nombreuses quelques-unes semblent déjà devenir purulentes et s'ombiliquer. Intégrité relative du tronc. Aux membres inférieurs : les éléments sont à un stade moins avancé. Température : 37°.

Le 28 janvier : Nombreuses pustules ombiliquées ; pas de nouvelle poussée.

Le 1^{er} février : Apparition de croûtes à la face.

Le 2 février : Urée sanguine : 0 g. 45 0/00.

Le 3 février : les croûtes tombent.

Le 17 février : Cicatrices qui légèrement surélevées prennent un aspect gaufré en leur centre. Aux membres inférieurs, elle ressemble à de larges macules dont le pourtour desquame légèrement. Suites normales. Revaccinée négativement le 20 février.

OBSERVATION 5

M... Antoinette, 15 mois.

Entrée à l'Isolement pour coqueluche avec bronchite le 3 janvier 1934.

Les 23, 24, 25 janvier : Ascension thermique.

Le 25 janvier : Température : 43°5, puis le soir éruption au visage et sur une partie du corps étiquetée : poussée de strophulus.

Le 26 janvier : Les éléments jusque-là varicelliformes se pustulisent à la face et au tronc. Au niveau de la face d'extension des coudes et des genoux il existe encore des éléments papuleux, plans, brillants, un peu rosés, rappelant le lichen.

Le 31 janvier : Pustules sur tout le corps.

Le 1^{er} février : Dessiccation des éléments les plus anciens.

Le 7 février : Les premières croûtes tombent en laissant une macule cicatricielle.

L'enfant a été revaccinée négativement le 20 février.

OBSERVATION 6

E... Emile, 4 ans.

Entré le 26 décembre 1933 à l'isolement pour scarlatine.

Les 23 et 24 janvier : Poussée fébrile inexpliquée et atteignant 40°5.

Le 28 janvier : Eruption vésiculeuse s'étendant à la face, au tronc et aux membres supérieurs. Elle est très discrète sur l'abdomen.

Le 30 janvier : Éléments nouveaux au niveau des membres inférieurs.

Le 1^{er} février : Les éléments les plus anciens se pustulisent et s'ombiliquent.

Le 4 février : Dessiccation à la face et dans le dos.

Le 6 février : Celle-ci s'étend.

Le 15 février : Les croûtes commencent à tomber.

Durant toute l'évolution, pas de signes généraux ni de température. L'enfant a été revacciné négativement le 20 février.

OBSERVATION 7

B... Robert, 6 ans.

Entré à l'isolement le 26 décembre 1933 pour scarlatine. Occupe la même chambre que le précédent.

Les 22 et 23 janvier : Poussée thermique inexpiquée et atteignant 41°.

Le 25 janvier : Défervescence complète.

Le 26 janvier : Eruption rappelant le strophulus.

Le 29 janvier : Elle prend un aspect varicelliforme : elle respecte l'abdomen ; on ne trouve là que sept vésicules.

Le 30 janvier : Les vésicules deviennent purulentes et s'ombiliquent au niveau de la face.

Le 31 janvier : Cette évolution s'étend à tout le corps.

Le 1^{er} février : Dessiccation de certains éléments au niveau de la face, des membres et du thorax : celle-ci s'étendra les jours suivants.

Le 8 février : Les éléments sont remplacés par des macules entourées d'un halo pigmenté et dont quelques-unes sont affaissées en leur centre.

Le 20 février : L'enfant a été revacciné sans résultat.

OBSERVATION 8

Co... Eugène, 47 ans.

Cet homme, menuisier des hospices, a travaillé à l'Isolément huit jours avant son entrée à l'hôpital.

Le 8 février 1934 : Etat grippal, céphalée, otalgie, rachialgie, sueurs abondantes, nausées.

Le 10 février : Le malade remarque à la face et aux bras quelques maculo-papules.

Le 11 février : L'éruption s'étend.

Le 14 février : Le malade entre à l'hôpital où on constate : signes fonctionnels : insomnie, céphalée, courbatures ; signes physiques : éruption vésiculeuse dont, à la face, quelques éléments se pustulisent. Sur les membres et dans le dos, aspect acnéiforme. Signes généraux : température : 37°.

Le 15 février : A la face et sur le tronc tous les éléments sont pustuleux et reposent sur une base rouge, étoilée, confluyente par places. Aux membres inférieurs, l'éruption plus en retard en est encore au stade papuleux.

Le 16 février : Les bases érythémateuses des pustules confluent de plus en plus, donnant un aspect érysipéla-toïde. Apparition de quelques croûtes. D'autres éléments s'ombiliquent.

Le 17 février : A la face début de décrustation.

Le 22 février : Sur tout le corps les pustules et les vésicules laissent place à de larges papules recouvertes d'un squame à leur sommet.

Le 23 mars : La desquamation est complètement terminée. Il reste des cicatrices à aspect gaufré.

Ce malade, revu un an après, ne présentait plus que quelques cicatrices.

OBSERVATION 9

M... Christiane, 3 mois.

Jamais vaccinée. Enfant hypotrophique. Entrée à l'Isolation le 16 janvier 1934 pour coqueluche avec bronchite.

Les 15 et 16 février : Elévation thermique. Température : 40°5.

Le 17 février : Dyspnée intense. Température : 39°4.

Le 18 février : Déferescence complète. Apparition le soir de maculo-papules à la face.

Le 19 février : Vésicules à la face, maculo-papules sur le reste du corps.

Le 20 février : Dans le cuir chevelu et à la face, vésicules cuivrées, aplaties, lichéniformes, dont quelques-unes confluent. Aux membres, quelques vésicules. L'abdomen et le dos n'en présentent que quelques-unes.

Le 21 février : Quelques éléments s'ombiliquent.

Le 22 février : Presque tous les éléments sont ombiliqués, ils reposent sur une base érythémateuse (voir photographie 1).

Le 24 février : Confluence des pustules, ganglions axillaires.

Le 26 février : A la face, les éléments commencent à se dessécher.



FIG. I. — M... Christiane (Observ. 9). — Aspect général
de l'éruption.



FIG. II. — M... Christiane (Observ. 9). — Aspect de l'éruption
à la face.

Les jours suivants cette dessiccation s'accroît.

Le 2 mars : Décrustation, abcès du cuir chevelu.

Le 5 mars : L'abcès s'est ouvert, amas ganglionnaire à la nuque.

Le 6 mars : Troubles gastro-intestinaux avec selles vertes.

Le 8 mars : Toutes les croûtes sont tombées et sont remplacées par des éléments maculeux légèrement pigmentés et gaufrés en leur centre.

Le 13 mars : Lésions impétigineuses saignantes au cuir chevelu et à la face.

L'enfant meurt rapidement le 15 mars.

La température est restée constamment aux environs de 37°, sauf au moment de ses complications cutanées où elle prit une allure septicémique. Vaccinée sans résultat le 20 février.

OBSERVATION 10

Mme Lah... Victoire, 44 ans.

Vaccinée avec succès pour la dernière fois à l'âge de 12 ans.

Le 9 février 1934 : Céphalée, courbatures, constipation.

Le 13 février : Maculo-papules.

Le 14 février : Quelques vésicules.

Le 16 février : La malade entre à l'hôpital. A la face, présence de nombreuses vésicules dont certaines confluent, celles-ci sont également très nombreuses dans le dos, aux mains et aux pieds.

Le 17 février : Quelques éléments purulents s'ombilient.

Le 21 février : Dessiccation au visage.

Le 22 février : Croûtes et éléments papulo-squameux.

Le 6 mars : Croûtes sous-cutanées au niveau des mains prenant un aspect de dyshydrose.

Le 9 mars : Il reste quelques macules cicatricielles.

Revaccinée sans succès le 20 février.

OBSERVATION 11

Mme Bru..., 39 ans.

Vaccinée dans l'enfance ; son mari est chef du bureau de désinfection de la ville.

Les 11, 12, 13 février : Malaise général, température 40°3.

Le 14 février : Maculo-papules.

Le 18 février : Entrée à l'hôpital. Pustules ombiliquées reposant sur une base rouge. Abdomen presque intact.

Le 21 février : Début de dessiccation, aspect acnéiforme de quelques éléments du dos et des membres.

Le 1^{er} mars : Les croûtes sont tombées et remplacées par des maculo-papules entourées d'une collerette squameuse.

Le 27 mars : Cicatrices à peine marquées.

Evolution sans signes généraux.

Revaccinée le 20 février sans résultat.

OBSERVATION 12

H... Simone, 8 ans.

Entrée à l'hôpital pour scarlatine.

Les 24 et 25 février : Elévation de température.

Le 26 février : Au soir : 40°8.

Le 27 février : Quelques maculo-papules entourées d'un halo blanc au visage et à la partie supérieure du thorax. Les vaccins effectués le 20 sont nettement positifs.

Le 28 février : Les papules les plus anciennes deviennent vésicules, quelques vésicules également sur le voile du palais. L'abdomen est presque complètement respecté.

Le 1^{er} mars : Le sommet des vésicules argenté reste plan. Les éléments reposent sur une large base érythémateuse confluyente au niveau de la face. Aux jambes



FIG. III. — H... Simone (Observ. 12). — Aspect général
de l'éruption.

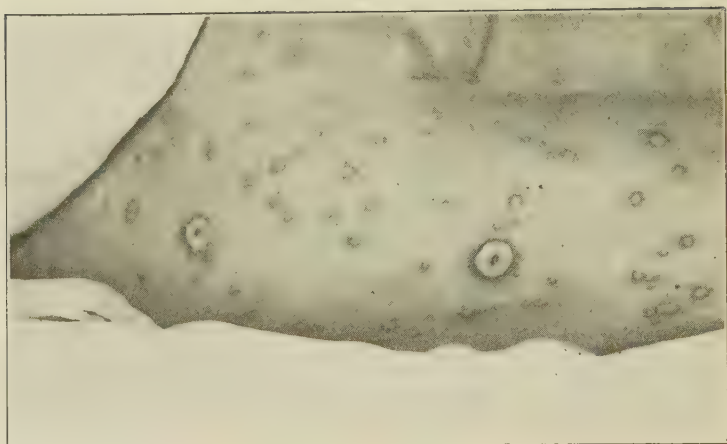


FIG. IV. — H... Simone (Observ. 12). — Evolution parallèle
de la variole et de la vaccine.

cette base est entourée d'un halo blanc. Vésicules sur le voile du palais, le pilier postérieur et la luette.

Les 2 et 3 mars : Confluence, ombilication, purulence des éléments. Dysphagie marquée.

Le 5 mars : L'ombilication s'étend aux éléments de l'exanthème. A la face les pustules se dessèchent.

Le 6 mars : Début de dessiccation.

Le 8 mars : A la face : croûtes jaunâtres, assez acuminées, entourées d'une collerette squameuse. Sur le thorax : croûtes plus planes. Sur les membres : gros éléments pustuleux ombiliqués.

Les 9 et 10 mars : Les croûtes sont remplacées par des maculo-papules dont le sommet plan présente un affaissement en son centre et le pourtour une collerette squameuse.

Evolution normale par la suite.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Epidémiologie	13
Etude clinique	23
Complications	27
Diagnostic	29
Vaccination et variole	33
Prophylaxie et thérapeutique	35
Observations	37
Conclusions	51

